



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1
ZACATECAS, ZACATECAS

**“PREVALENCIA DE TRASTORNO DE
DÉFICIT DE ATENCIÓN EN EDAD
PREESCOLAR EN NIÑOS DE LOS JARDINES
DE NIÑOS DE LUÍS MOYA, ZAC”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:**

DRA. PATRICIA MARTÍNEZ MUÑOZ

**ASESOR CLÍNICO Y METODOLÓGICO: DRA. GLADYS MARLENE GARCÍA
PACHECO**

ZACATECAS, ZAC., NOVIEMBRE 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**PREVALENCIA DE TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN EN
EDAD PREESCOLAR EN NIÑOS DE LOS JARDINES DE NIÑOS DE
LUÍS MOYA, ZAC.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. PATRICIA MARTÍNEZ MUÑOZ

A U T O R I Z A C I O N E S:

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN ZACATECAS
DRA. MA. DEL CARMEN FRAIRE GALINDO**

**ASESOR CLÍNICO Y METODOLÓGICO DE TESIS
DRA. GLADYS MARLENE GARCÍA PACHECO**

**DR. JOSÉ ARMANDO PÉREZ RAMÍREZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN**

Zacatecas, Zac., Noviembre 2007

**PREVALENCIA DE TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN EN
EDAD PREESCOLAR EN NIÑOS DE LOS JARDINES DE NIÑOS DE
LUÍS MOYA, ZAC.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. PATRICIA MARTÍNEZ MUÑOZ

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

ZACATECAS, ZAC., NOVIEMBRE 2007

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| 1. INTRODUCCIÓN | 7 |
| 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 17 |
| 3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | 18 |
| 4. JUSTIFICACIÓN | 19 |
| 5. OBJETIVOS | 20 |
| 5.1 Objetivo general | 20 |
| 5.2 Objetivos específicos | 20 |
| 6. HIPÓTESIS | 21 |
| 6.1 Hipótesis General | 21 |
| 6.2 Hipótesis Específicas | 21 |
| 7. METODOLOGÍA | 22 |
| 7.1 Tipo de estudio | 22 |
| 7.1.1 Trasversal descriptivo | 22 |
| 7.2 Población de estudio: | 22 |
| 7.2.1 Población | 22 |
| 7.2.2 Lugar | 22 |
| 7.2.3 Tiempo | 22 |
| 7.3 Tipo de Muestra: | 22 |
| 7.3.1. Técnica Muestral | 22 |
| 7.3.2. Formula | 22 |
| 7.3.3. Tamaño de la Muestra | 23 |
| 7.4 Criterios de selección: | 23 |
| 7.4.1 Criterios de inclusión | 23 |

| | |
|--|----|
| 7.4.2 Criterios de exclusión | 24 |
| 7.5 Variables a recolectar | 24 |
| 7.5.1 Variable dependiente | 24 |
| 7.5.2 Variables independientes | 24 |
| 7.5.3 Operacionalización de variables | 25 |
| 8. PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN | 30 |
| 9. CONSIDERACIONES ÉTICAS | 31 |
| 10. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN | 32 |
| 11. RESULTADOS | 33 |
| 12. DISCUSIÓN | 49 |
| 13. CONCLUSIONES | 50 |
| 14. ANEXOS | 51 |
| a. Anexo 1 | 51 |
| b. Anexo 2 | 52 |
| c. Anexo 3 | 53 |
| d. Anexo 4 | 54 |
| 15. BIBLIOGRAFÍA | 55 |

PREVALENCIA DE TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN EN EDAD PREESCOLAR EN NIÑOS DE LOS JARDINES DE NIÑOS DE LUÍS MOYA, ZAC.

1.- INTRODUCCIÓN

En el año 1902 George Still describió a los niños como “agresivos, desafiantes y resistentes a la disciplina, excesivamente emocionales y con inhibición volitiva”. En los años 50 y 60 se denominó después de varias discusiones “Daño cerebral mínimo”. En los años 60 cobra mayor relevancia el concepto de “Síndrome del niño hiperactivo” y aparece por primera vez el trastorno de las clasificaciones diagnósticas psiquiátricas (DSM II, 1968). En los 70’s destaca el nombre de “Déficit de atención, reconociendo ya el DSM III (1980) una subdivisión del trastorno en “Déficit de Atención con o sin hiperactividad”. En 1987 El TDA sin hiperactividad no se conoce como entidad clínica y se define como “Déficit de atención indiferenciado”^{1 2 3}

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), es un trastorno del comportamiento infantil, de base genética, en el que se hallan implicados diversos factores neuropsicológicos, que provocan en el niño alteraciones atencionales, impulsividad y sobreactividad motora, se trata de un problema genérico de falta de autocontrol con amplias repercusiones en su desarrollo, su capacidad de aprendizaje y ajuste social⁴. Constituye el principal problema de salud mental infantil⁵. Se caracteriza por labilidad atencional, estilo comportamental impulsivo, hiperactividad estéril y fragilidad de los mecanismos adaptativos al entorno⁶. Además de presentar problemas de atención, funciones ejecutivas conductuales, dificultad para organizar sus actividades, olvidar cosas, distraerse con facilidad, se mueven constantemente, son impulsivos.² Los niños con TDAH es como si tuvieran “un

motor fuera de control “parecen estar siempre muy ocupados, inquietos, con prisa, corriendo y saltando. Se mueven en la silla, hacen ruidos, molestan a otros niños, inician numerosas actividades pero no finalizan alguna, nunca parecen estar cansados. Estos niveles elevados de actividad de los niños con TDAH incluso se mantienen durante el sueño. Producen movimientos rápidos alrededor de la habitación, dirigiéndose a tocar y manipular cada objeto de manera azarística. Tienen dificultades a la hora de prestar atención, no se concentran y son incapaces de modular su atención en respuesta en demandas al medio externo. Tienen problemas para procesar las tareas, miran a otro lado y no mantienen el contacto ocular.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reporta a nivel mundial 5% de prevalencia en este trastorno⁷. En España se reporta una prevalencia entre el 3 a 5% de los escolares, siendo más frecuente en niños que en niñas 2:1, y al final de la adolescencia se establece un equilibrio de la relación niño/niña de 1/1.³ En Gran Bretaña en este año (2007) el Comité de Información sobre la Educación de los Niños concluyó que 1:6 niños tiene problemas.

En Inglaterra realizaron un estudio (Rutter) el cual reporta que el 6.6 % de niños entre 9 y 11 años también presentan este trastorno⁸. En Estados Unidos el Departamento de Educación refiere que el 12 % de niños entre 3 y 12 años presentaron trastorno. En una muestra comunitaria del Estado de Nueva York encontraron TDAH (DSM-III-R) en 8.5 % de las niñas y 17.1 % de los niños entre 10 y 13 años de edad, 6.5 % de las niñas y 11.4 % de los niños entre 14 y 16 años y 6.2 % de las niñas y 5.8 % de los niños entre 17 y 20 años⁹. En Medellín Colombia se reporta una prevalencia de 18 % en edad escolar¹⁰. Chile reporta que este trastorno afecta del 3 al 5% de la población de 3 a 5 años, y que aparecen tres dificultades con mucha claridad, las cuales son: a) falta de instrumentos específicos de sintomatología del déficit de Atención para los niños de 3 a 5 años, b) la veracidad de la información, ya que los

informantes considerados más válidos, los niños, no poseen un desarrollo cognitivo que les permita expresar sus estados de ánimo, mediante un lenguaje fluido, c) buscar los informantes adecuados, que son las personas que están en contacto diario y prolongado y que tienen conocimiento de las constantes de su comportamiento ¹¹ . En nuestro país México a nivel nacional se reporta una prevalencia de 3 a 5%, entre las edades de 4 a 6 años (2005) ⁸ . En el año 2004 se realizó un estudio en preescolares (180 niños) en el Jardín de niños “Juana de Asbaje” en la ciudad de San Luís Potosí, y se detectó que un 23.5% presentaba TDAH. Siendo más frecuente en niños que en niñas 4:1. ¹² . En el estado de Zacatecas, no se tienen reportadas cifras exactas de prevalencia acerca de este padecimiento, mucho menos en el municipio estudiado.

DIAGNÓSTICO

La “Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento” CIE-10 define los trastornos hiperkinéticos como un grupo de trastornos caracterizados por su inicio precoz (usualmente antes de los 5 años). Describe al niño hiperkinético como descuidado, impulsivo, propenso a accidentes y que plantea problemas de disciplina por saltarse las normas, por falta de premeditación que por desafío deliberado.

La CIE-10 contempla 3 grupos sintomáticos: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad. ₁

Los criterios para el diagnóstico de TDAH según DSM-IV son los siguientes:

Criterio A. (1) o (2)

- (1) seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención que han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención:

- (a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
 - (b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
 - (c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
 - (d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
 - (e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
 - (f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos domésticos).
 - (g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (ej. Juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
 - (h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevante
 - (i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.
- (2) Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- (a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- (b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado

- (c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo
(en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- (d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- (e) A menudo “esta en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor
- (f) A menudo habla en exceso

Impulsividad

- (g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido complementadas las preguntas
- (h) A menudo tiene dificultades para guardar turno
- (i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (ej. Se entromete en conversaciones o juegos)

Criterio B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años.

Criterio C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (ej. En la escuela o en el trabajo y en la casa).

Criterio D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

Criterio E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia, u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (ej. Trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad).^{1 2}

Además de los criterios antes señalados, es importante realizar una buena evaluación clínica, una entrevista con los padres sobre el desarrollo y comportamiento del niño, un análisis de su funcionamiento en el ámbito escolar y un examen directo del niño¹. En la historia clínica se

investigaran síntomas específicos, evolución y su grado de discordancia con la edad y el deterioro que causa. Se debe hacer hincapié en los antecedentes de embarazo (especialmente exposición al tabaco, alcohol, drogas, infecciones, prematuridad) y parto (dificultades), así como los antecedentes familiares de TDAH, depresión, ansiedad y tics. La tomografía computarizada y la resonancia magnética, se utilizaran solo si se sospecha la existencia de otros problemas médicos. Las técnicas de imagenología cerebral (resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones, tomografía por emisión de fotón único, resonancia magnética funcional, entre otras), permiten hacer evaluaciones directas de la estructura y la función cerebral, por lo que son ideales para poner a prueba las hipótesis acerca de la localización de las anomalías cerebrales del TDAH. Sin embargo, dado que estas técnicas son caras e invasivas, se aplican comúnmente a muestras pequeñas de pacientes y de controles sanos, lo cual produce dudas acerca de la validez externa y del poder estadístico de los estudios que utilizan estas técnicas ¹³

ETIOLOGÍA

El TDA es causado por una variedad de factores biológicos, psicológicos y sociales que probablemente interactúan entre sí incrementando el riesgo, estos factores inciden en el sustrato neurológico de la cognición, por ejemplo, sobre las funciones ejecutivas, la autorregulación, la activación y la motivación. Las funciones ejecutivas dependen de un sistema neurológico distribuido por la corteza prefrontal y otras estructuras subcorticales asociadas. Diferentes factores neurobiológicos y psicosociales (complicaciones perinatales bajo peso al nacer o que la madre fume durante el embarazo, exposición a toxinas, alcohol, drogas ilegales) pueden influir en la aparición del trastorno, actuando en el periodo de crecimiento rápido del cerebro durante el desarrollo del feto y los primeros estadios de la

vida.¹ Los problemas prenatales como hipertensión, tratamiento con fármacos, consumo de nicotina, alcohol y eventos estresantes de la mujer gestante ¹⁴. Otro elemento etiológico importante es el componente genético, diversos estudios han demostrado que es más frecuente en gemelos monocigotos (79 %) que en dicigotos (32%).¹ La causa de TDAH es desconocida. Por una parte existe una predisposición genética, se estima que los casos heredados oscilan entre el 55- 92 % de todos los sujetos con TDAH y generalmente por vía paterna. Sobre esta predisposición genética pueden actuar como desencadenante diversos factores adquiridos prenatales (ultimo trimestre de gestación), perinatales (prematuridad y / o bajo peso) y postnatales. Y desde luego parece evidente que el entorno familiar- social puede influir en que un niño con cierta predisposición genética desarrolle o no los rasgos del síndrome patológico.³

También se le atribuye a una disfunción del lóbulo frontal, así como un menor flujo sanguíneo cerebral en los sujetos hiperactivos, que no existe en niños sanos ¹⁵. Estudios genéticos apoyan la hipótesis de que el TDAH tiene una base biológica y la aplicación de las nuevas técnicas de imagenología cerebral ha permitido la identificación de sustratos neuroanatómicos de esta patología, inicialmente se propuso que existía una alteración en el funcionamiento de algunas estructuras entre las que se cuentan los circuitos frontales y límbicos de los pacientes con TDAH, las que se denominó “hipótesis fronto-límbica del TDAH” ⁷. Otros estudios atribuyen la causa a niveles bajos del neurotransmisor dopamina en regiones críticas del cerebro ¹⁶

REPERCUSIÓN SOCIAL DE TDA

Es conveniente recabar si hay problemas sociales, laborales o familiares, que podrían influir en el rendimiento escolar y la conducta; e investigar sobre otros problemas mentales. Los datos en su mayoría los obtendremos de los padres del niño y de sus profesores.¹¹

Estos niños sufren problemas sociales, emocionales y conductuales a lo largo de su vida. El pediatra al detectar este problema debe de informar a la familia que el TDA es una condición de por vida y requiere desde la infancia hasta la adolescencia de control y tratamiento farmacológico y no farmacológico (psicoterapia individual y familiar). Se debe de capacitar a los padres a que no sometan a los niños a actividades excesivas fuera de la escuela, a darles tiempo para jugar y a limitarles el tiempo frente a la televisión, juegos de computadora. El papel de los padres es fundamental; deben enseñar al niño a tener sus cuadernos y libros en orden, planificar horas de estudio, escucharle, ayudarle, motivarlo y darle afecto, estos dos últimos son pilares fundamentales en el proceso de aprendizaje. Es importante que la familia y el niño se centren en los puntos fuertes de su perfil de valoración neuropsicológica y ayudarle a desarrollar actitudes y aptitudes para resolver sus dificultades.⁵ Numerosos estudios e intervenciones sociales han demostrado que no sólo el crecimiento físico de los niños preescolares depende en gran parte del cuidado familiar, sino también su desarrollo mental y social ⁶

EL TDA Y LA FAMILIA

Las primeras investigaciones realizadas al respecto detectaron una serie de factores característicos del medio ambiente familiar, asociados a la futura adaptación y desempeño del niño con otros ambientes sociales.

Entre los antecedentes familiares y variables de status identificados en distintos países se destacan: Las condiciones nutricionales del niño y de la madre, las facilidades y servicios de salud, el medio ambiente físico y la configuración de la familia y su nivel socioeconómico.

Existen algunas características del medio ambiente familiar que poseen una gran potencialidad, por su naturaleza dinámica, para apoyar al niño en su transición a un ambiente formal y diferente como el de la escuela. Estos factores son: el tipo y calidad de estimulación perceptiva, psicológica y social proporcionada a los niños, las actividades que promueven diversos intereses fuera y dentro de la familia, las experiencias de interacción con el medio ambiente físico que estimulan y facilitan el desarrollo de escrituras de pensamiento, la calidad de la interacción entre los miembros de la familia, las expectativas de los padres respecto a la educación de los hijos, el afecto y el apoyo emocional constante ¹⁴.

La escuela posee un ambiente adecuado para transmitir conocimientos básicos y destrezas necesarios para convivir con la sociedad, para facilitar la adaptación del niño en el desempeño de roles sociales, para desarrollar estructuras de pensamiento y herramientas cognoscitivas destinadas a la solución de problemas y para servir de vehículo de transmisión de la tradición y de la cultura.

La familia, especialmente en la tradición de los países iberoamericanos, proporciona un ambiente de relación más íntimo y cercano. Aunque su contribución directa al desarrollo del niño puede definirse en términos de actitudes, hábitos de trabajo, concepción de su propia identidad, juicio moral y valores, su influencia en el aprendizaje escolar y en el éxito futuro de los niños en otros campos es trascendental ¹⁷.

La condición socioeconómica, variables familiares, grado de instrucción y capacidad para solicitar atención médica, influyen en el trastorno y su variada comorbilidad, para fines clínicos, es primordial la valoración preterapéutica a efecto de descartar patologías

concomitantes, como los procesos conductuales, afectivos, ansiosos, disóciales , etc, y más específicamente la automedicación que contribuye a la producción de síndromes adictivos a psicotrópicos. Se ha documentado un traslape entre TDAH y abuso/adicción a psicotrópicos en población infantojuvenil y adulta, donde la identificación de adecuada de factores de riesgo puede permitir su oportuna detección en los primeros niveles de afectación y con ello reducir su expresión clínica al disminuir la morbilidad y mejorar el pronóstico de los casos a largo plazo. Participando el paciente mismo, familia, sociedad, personal de salud autoridades y todos aquellos involucrados ¹⁸.

El TDA puede considerarse como un problema de salud pública en virtud de la magnitud y repercusiones que conlleva, dado que el problema no sólo afecta el desarrollo y desempeño del individuo, sino que acarrea repercusiones en su entorno inmediato tanto a nivel familiar como escolar y consecuentemente, en el desempeño social y económico conforme pasa el tiempo ¹⁹.

El ambiente familiar se ha demostrado que el TDAH es más común en familias disfuncionales y en ambientes con niveles elevados de adversidad crónica. La disfuncionalidad familiar es mayor para los padres de niños con TDAH que para los padres de otros niños y esta consistentemente asociada con alteraciones conductuales, con la gravedad del TDAH y con la persistencia de los síntomas del TDAH en los niños. Los padres de niños con este trastorno son tres veces más propensos a separarse o a divorciarse que padres de niños sin TDAH (54% Vs 15%), y suelen estar más aislados ²⁰

UNICEF

Niños con TDAH piden respeto a sus derechos

En la ciudad de México, D.F. el día 30 de noviembre de 2006 el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) llevó acabo una ceremonia donde da a conocer los derechos de los niños con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, los cuales son los siguientes: derecho a recibir un trato igualitario (33%), derecho a no ser maltratado (22%), derecho a recibir atención médica (15%), derecho a jugar (10%), derecho a ser escuchado (9%), derecho a ser feliz (8%), y derecho a ser aceptado (3%) ²¹

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trastorno de déficit de atención es un padecimiento que afecta al 3 a 5% de niños en edad preescolar, y si no se detecta a tiempo este trastorno puede persistir hasta la edad adulta, esta cifra es a nivel nacional, no existe cifra exacta de prevalencia en el estado de Zacatecas, por lo tanto menos existe en el municipio que estoy estudiando, es por eso que me intereso realizar este estudio en mi comunidad, lo mismo que es factible, necesario conocer datos sobre la prevalencia en edad preescolar e interesante ya que ayudaremos e estos niños a salir adelante en su etapa escolar, relevante por que no existen datos, estudios o cifras de este padecimiento a nivel municipal y estatal.

En caso de encontrar niños con trastorno de déficit de atención se platicara con los padres para que acepten derivación y apoyo psiquiátrico.

Ya que si no se detecta oportunamente, en la adolescencia se pueden presentar conductas negativas; como: fracaso escolar, rebeldía, caer fácilmente en el alcoholismo, drogadicción, etc.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cual es la prevalencia de Trastorno de déficit de Atención en edad preescolar en niños de los jardines de Luis Moya, Zacatecas?

4.- JUSTIFICACIÓN

El TDAH trae como consecuencia un desarrollo inadecuado del niño, afectando la dinámica familiar, relaciones individuales, sociales y académicas, además existe una gran variabilidad de esta enfermedad, debido a falta de conocimiento de este trastorno.

En el Estado de Zacatecas, como ya se menciono no se tienen reportadas cifras exactas de prevalencia, se acudió personalmente a la Secretaria de Educación y Cultura (SEC), a varios jardines de niños de la ciudad de Zacatecas y del municipio de Luís Moya, para pedir información sobre métodos diagnósticos hacia alumnos de los jardines de niños ignorando por completo la existencia de estos cuestionarios. Por lo cual me pareció importante realizar este estudio.

Nuestra finalidad es establecer la frecuencia del TDAH en niños en edad preescolar.

Así mismo identificar la tipología asociada al trastorno de déficit de atención.

También identificaremos problemas que causaron o causan el TDAH, para así enviarlos a un tratamiento oportuno y evitar complicaciones a futuro.

Enfatizar apoyo de maestros, padres de familia, grupo multidisciplinario, IMSS, DIF, SSA, para identificación, derivación y tratamiento oportuno.

5.-OBJETIVO

5.1 OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la prevalencia de Trastorno de Déficit de Atención en edad preescolar en niños de los jardines de niños de Luís Moya, Zac.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar factores sociodemográficos en los niños de edad preescolar de Luís Moya, Zac.
- Identificar factores sociodemográficos en los padres.
- Identificar antecedentes prenatales en los niños de edad preescolar con trastorno déficit de atención, de Luís Moya, Zac.
- Identificar la tipología familiar en el trastorno de déficit de atención (de acuerdo a estructura, desarrollo, demografía, ocupación, funcionalidad, e integración y ciclo vital de la familia).

6.- HIPÓTESIS GENERAL

La prevalencia del Trastorno de Déficit de Atención en edad preescolar en niños de los jardines de niños de Luís Moya, Zac es más alta que la media nacional (3 a 5%).

6.1 HIPOTESIS ESPECÍFICAS

- Existe con mayor frecuencia Trastorno de Déficit de Atención en edad preescolar en el sexo masculino
- Existe con mayor frecuencia Trastorno de Déficit de Atención en edad preescolar en padres que trabajan, con escolaridad baja, con estado civil de divorcio.
- Existe con mayor frecuencia Trastorno de Déficit de Atención en madres que han presentado Hipertensión arterial sistémica, que ha fumado, que han tomado alcohol, que han tomado medicamentos en la etapa prenatal
- Existe con mayor frecuencia Trastorno de Déficit de Atención en familias de padres divorciados, de escolaridad baja, de familias obreras, de comunidades.

7.- METODOLOGÍA

7.1 TIPO DE ESTUDIO

7.1.1 Trasversal descriptivo

7.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

7.2.1. POBLACIÓN: Preescolares de los 3 de los jardines de niños.

7.2.2. LUGAR: Luís Moya, Zacatecas.

7.2.3. TIEMPO: Del primero de mayo del 2005 al 15 de noviembre del 2007

7.3 TIPO DE MUESTRA

7.3.1. TÉCNICA MUESTRAL: Muestreo probabilístico

7.3.2. FORMULA: Formula para tamaño muestral por proporciones

$$N = \frac{Z^2 P Q}{D^2} =$$

N= Número de total de preescolares

Z= Nivel de confianza al 95% = 1.96

P= Prevalencia de Trastorno de Déficit de Atención en preescolares = 5%

Q= Complemento de 1 - P = 0.75

D= Error permitido = 5% = 0.05%

$$N = \frac{(1.96)^2 (0.05) (0.95)}{(0.05)^2} =$$

$$N = \frac{(3.84) (0.19)}{(0.05)^2}$$

$$N = \frac{(0.19)(0.95)}{(0.05)^2}$$

$$N = \frac{0.18}{.0025} = 73$$

7.3.3. TAMAÑO DE MUESTRA: 73

Previa cita y platica con directores y maestros de los jardines de niños de Luís Moya, Zac. Se les explica el proyecto de estudio y obteniendo su permiso se realizó un censo a los 3 jardines existentes, los cuales son Reyes Heroles, Xohantizitl, y Delfina Castorena sumando un total de 328 alumnos, se aplica la formula para tamaño muestral por proporciones, obteniéndose así la cifra de niños a estudiar y en forma aleatorizada se eligen a los preescolares. A este número de niños, primeramente se habla con el padre y la madre explicándoles el proyecto de estudio y mediante la lectura y firma del consentimiento informado y hoja de recolección de datos (anexo 1 y 2), se procede a aplicar las encuestas al padre y madre (anexo 3) y a los maestros (anexo 4).

7.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

7.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Niños de ambos sexos de 3 a 6 años de edad
- Alumnos del Jardín de Niños
- Que acepten los padres firmar el consentimiento informado
- Que acepten los profesores participar en el estudio

7.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Niños con padres o profesores que no acepten participar en el estudio.
- Niños con Diagnóstico de retraso mental
- Niños a los cuales se les haya aplicado fórceps al momento de nacer
- Niños que hayan presentado hipoxia neonatal
- Niños con alteraciones neurológicas
- Niños con déficit neurológico

7.5 VARIABLES A RECOLECTAR

7.5.1 VARIABLE DEPENDIENTE:

- Trastorno de déficit de atención

7.5.2. VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Edad, sexo de los niños en edad preescolar
- Estado civil, ocupación, escolaridad de los padres
- Antecedentes prenatales (hipertensión, tratamiento con fármacos, tabaquismo, consumo de alcohol)
- Tipología familiar de acuerdo a su estructura, desarrollo, demografía, ocupación, integración y ciclo vital familiar.

7.5.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

| | |
|-------------------------|---|
| Nombre: | TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN |
| Definición conceptual: | Es un trastorno de aprendizaje caracterizado por labilidad atencional, estilo comportamental impulsivo, hiperactividad estéril y fragilidad de los mecanismos adaptativos al entorno. |
| Definición operacional: | de acuerdo al resultado del los criterios de DSM-IV (anexo 3) y ACTERS (anexo 4) |
| Escala de medición: | nominal |
| Categorías: | Según puntaje más de 8 puntos es TDA |
| Nombre: | EDAD: |
| Definición conceptual: | Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad. Edad de un individuo expresada como el periodo de tiempo que ha pasado desde el nacimiento, como la edad del niño que se expresa en horas, días o meses y la edad de los jóvenes y adultos que se expresa en años. |
| Definición operacional: | Años cumplidos al momento de la encuesta. |
| Escala de medición: | de razón |
| Categorías: | años cumplidos |

Nombre: SEXO

Definición conceptual: características biológicas que diferencian al hombre de la mujer.

Definición operacional: de acuerdo a sus características genotípicas.

Escala de medición: dicotomica

Categorías: Masculino, femenino.

Nombre: ESTADO CIVIL: (de los padres)

Definición conceptual: condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.

Definición operacional: es el estado o condición civil que refiere el padre del niño en el momento de estudio.

Escala de medición: policotomica

Categorías: soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre.

Nombre: OCUPACIÓN: (de los padres)

Definición conceptual: relativo a la actividad o trabajo realizado por el individuo.

Definición operacional: actividad que desempeñan los padres al momento de la encuesta.

Escala de medición: nominal

Categorías: estudiante, obrero, profesionista

Nombre: ESCOLARIDAD: (de los padres)

Definición conceptual: Grado de estudios alcanzados.

Definición operacional: Grados cursados al momento de la encuesta

Escala de medición: ordinal

Categorías: analfabeta, primaria, secundaria, preparatoria, bachiller, Profesional.

Nombre: HIPERTENSIÓN ARTERIAL:

Definición conceptual: Elevación de la presión arterial por encima de 140/90 mmHg durante el embarazo.

Definición operacional: lo que refiere al momento al momento de la encuesta

Escala de medición: nominal

Categorías: si, no.

Nombre: INGESTA DE FARMACOS:

Definición conceptual: Cualquier sustancia que se administra por vía oral, se inyecta en un músculo, en la piel, en un vaso sanguíneo o en una cavidad corporal o se aplica tópicamente para tratar o evitar una enfermedad. Durante el embarazo.

Definición operacional: lo que refiere al momento de la encuesta

Escala de medición: nominal

Categorías: si, no.

Nombre: TABAQUISMO:

Definición conceptual: Estado consecutivo a la inhalación de nicotina, durante el embarazo.

Definición operacional: lo que refiere el sujeto al momento de la encuesta

Escala de medición: nominal

Categorías: si, no.

Nombre: ALCOHOLISMO:

Definición conceptual: Dependencia extrema del alcohol con la aparición progresiva de trastornos en el comportamiento, durante el embarazo.

Definición operacional: lo que refiere al momento de la encuesta

Escala de medición: nominal

Categorías: si, no.

Nombre: TIPO DE FAMILIA:

Definición conceptual: familia es la unidad básica de la sociedad, y se concibe como un sistema compuesto por elementos que se encuentran interactuando entre si y que determinan que desempeñe funciones determinadas que tengan como finalidad que sus integrantes se desarrollen, como individuos, pero simultáneamente se promueva el desarrollo integral del sistema familiar.

Definición operacional: de acuerdo al esquema de clasificación integral de la familia.

Escala de medición: nominal

Categorías: por su desarrollo: moderna y tradicional, por su demografía:
rural, urbana; por su integración: integrada, semi-integrada,
desintegrada, por su estructura o composición: nuclear, extensa,
extensa-compuesta.

8.- PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Se registró el protocolo ante el comité local de investigación del H.G.Z No. 1 de Zacatecas, Zac., y una vez autorizado; se informo a los directores y maestros de los jardines de niños de Luis Moya, Zac acerca del proyecto, los cuales dieron su consentimiento para platicar con los padres de familia y ya estos informados dieron autorización por medio del consentimiento informado (anexo 1) para aplicar encuestas a quienes decidieron participar en el estudio. Las encuestas las aplicaron tanto los padres de familia (anexo 2 y 3) como los maestros (anexo 4). Posteriormente se capturo la información en el programa Excel de Microsoft XP, y se analizo mediante el paquete estadístico Epi info. Versión 3.32/2005 los resultados se presentan en cuadros y gráficas.

Se utilizo estadística descriptiva: porcentaje en las variables categóricas; media y desviación estándar para variables continuas.

9.-CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente protocolo se ajusto a los lineamientos de la Declaración de Helsinki así como con su última modificación de Edimburgo del 2003 y el código de Reglamentos Federales (Regla Común) se reviso y lo aprobó el comité de ética, consentimiento informado, reclutamiento y revisión continúa de la investigación. No contraviene con las regulaciones internacionales de las Buenas Prácticas de Investigación Clínica. Se apego a las regulaciones sanitarias y a la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud, titulo primero, disposiciones generales, capítulo único, Artículo 3^o, incisos II y III en lo referente al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad y a la prevención y control de problemas de salud establecidas en México. Se sometió al Comité Local de Investigación y Ética del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, IMSS, Zacatecas. La carta de consentimiento de informado.

Con este estudio se diagnosticaron 16 niños con TDA, para lo cual se guardo confidencialidad y se les informo a los padres de familia acerca del diagnóstico los cuales aceptaron se derivaran a ayuda psicológica y terapéutica a sus hijos.

10.- INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

DSM-IV (padres)

ACTERS (maestros)

Clasificación Integral de la Familia

11.- RESULTADOS

Se estudiaron a 73 preescolares, la cual fue nuestra muestra según la fórmula de proporciones. Las encuestas se les aplicaron tanto los padres de familia como maestros de los jardines de niños, donde se detectaron 16 casos (21.9%) con trastorno de déficit de atención (ver cuadro y gráfica 1)

De estos 16 casos el promedio de edad fue de igual forma para 4 y 5 años con 7 niños cada grupo de edad (n= 43.75%) (ver cuadro y gráfica 2).

Predominando el sexo masculino con 68.75% (n=11) (ver cuadro y gráfica 3). De estos el 50% (n=8) cursan el segundo grado de preescolar (ver cuadro y gráfica 4). La escolaridad de las madres fue en su mayoría la secundaria terminada con un 43.75% (n=7), (ver cuadro y gráfica 5), y la de los padres fue de 43.75% (n=7) primaria terminada (ver cuadro y grafica 6). El estado civil de los padres de los preescolares predomino el ser casado con un 75% (n=12) (ver cuadro y gráfica 7).

En lo referente a los antecedentes prenatales de las madres de estos niños, 3 de ellas (18.75%) solo consumieron medicamentos para diferentes enfermedades, ninguna presentó Hipertensión Arterial Sistémica, ni inhaló tabaco, ni consumió alcohol (ver cuadro y gráfica 8).

La mayoría de estas familias viven en la cabecera municipal siendo un 81.25% (n=13) (ver cuadro y gráfica 9), según su estructura familiar un 68.75% (n=11) son familias nucleares (ver cuadro y gráfica 10). Según su desarrollo predomino con un 81.25% (n=13) la familia tradicional (ver cuadro y gráfica 11). De acuerdo a su integración el 68.75% (n=11) es integrada, el 25% (n=4) es semiintegrada y el 6.25% (n=1) está en fase de desintegración (ver cuadro y gráfica 12).

Según la ocupación predomino la clase obrera con un 87.5% (n=14) (ver cuadro y gráfica 13).

El ciclo vital de estas familias en primer lugar lo ocupa la fase de dispersión con un 68.75% (n=11) (ver cuadro y gráfica 14).

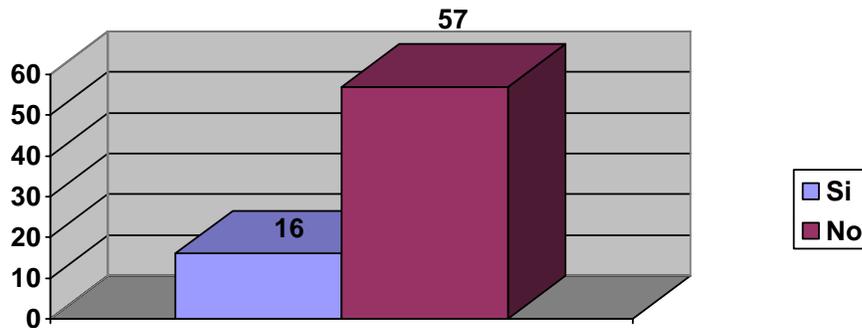
Los objetivos se cumplieron ya que se conoció la prevalencia del TDAH en el municipio de Luís Moya, Zac (21.9%), la cual es superior a la media nacional (3 a 5%), además que se descartaron como factores desencadenantes: los factores sociodemográficos, los antecedentes prenatales, la tipología familiar, la cual se pensaba que en familias con padres divorciados, o hijos de madres solteras iba a ser más frecuente encontrar este tipo de trastorno y no fue al contrario, ya que encontraron más niños con esta problemática en padres casados.

Cuadro 1. Prevalencia de Trastorno de Déficit de Atención en preescolares de los jardines de niños de Luís Moya, Zac. 2007

| Trastorno de Déficit de Atención | n | % |
|----------------------------------|-----------|---------------|
| Si | 16 | 21.9% |
| No | 57 | 78.08% |
| Total | 73 | 100.0% |

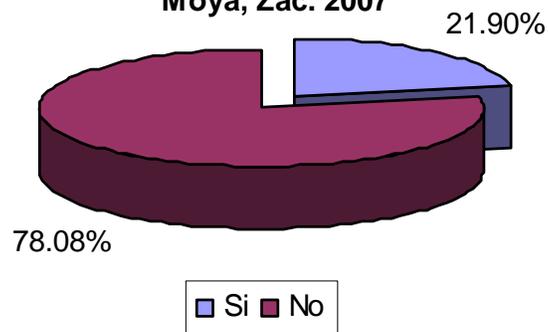
Fuente: Cédula de recolección de datos

Gráfica 1. Prevalencia de Trastorno de Déficit de Atención en preescolares de los jardines de Luís Moya, Zac. 2007



Fuente: Cuadro 1

Gráfica 1. Prevalencia de Trastorno de Déficit de Atención en preescolares de los jardines de niños de Luís Moya, Zac. 2007

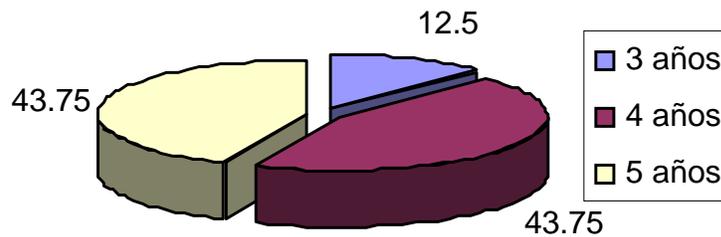


Fuente: Cuadro 1

| Cuadro 2. Edad de preescolares de los jardines de niños con trastorno de déficit de atención de Luis Moya, Zac. 2007 | | |
|---|--------------|-----------|
| EDAD | % | N |
| 3 años | 12.5 | 2 |
| 4 años | 43.75 | 7 |
| 5 años | 43.75 | 7 |
| Total | 100.0 | 16 |

Fuente: Cédula de recolección de datos

Gráfica 2. Edad de preescolares de los jardines de niños con trastorno de déficit de atención de Luis Moya, Zac. 2007



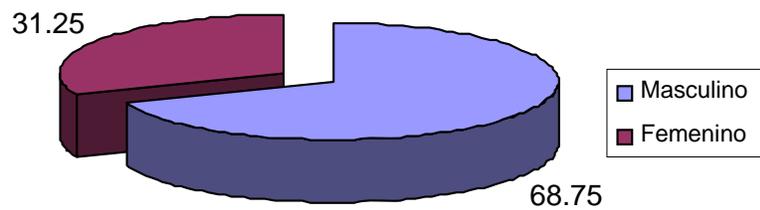
Fuente: Cuadro 2

Cuadro 3. Sexo de preescolares de los jardines de niños con trastorno de déficit de atención de Luís Moya, Zac. 2007

| SEXO | % | N |
|-----------|-------|----|
| Masculino | 68.75 | 11 |
| Femenino | 31.25 | 5 |
| Total | 100.0 | 16 |

Fuente: Cédula de recolección de datos

Gráfica 3. Sexo de preescolares de los jardines de niños con trastorno de déficit de atención de Luis Moya, Zac. 2007



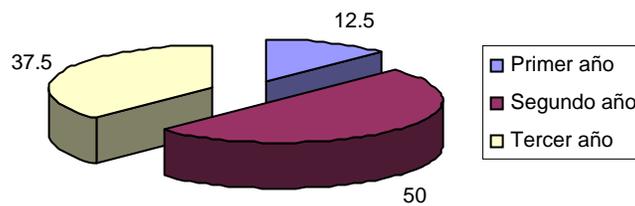
Fuente: Cuadro 3

Cuadro 4. Escolaridad de preescolares de los jardines de niños con trastorno de déficit de atención de Luis Moya, Zac. 2007

| ESCOLARIDAD | % | N |
|-------------|-------|----|
| Primer año | 12.5 | 2 |
| Segundo año | 50 | 8 |
| Tercer año | 37.5 | 6 |
| Total | 100.0 | 16 |

Fuente: Cédula de recolección de datos

Gráfica 4. Escolaridad de preescolares de los jardines de niños con trastorno de déficit de atención de Luis Moya, 2007



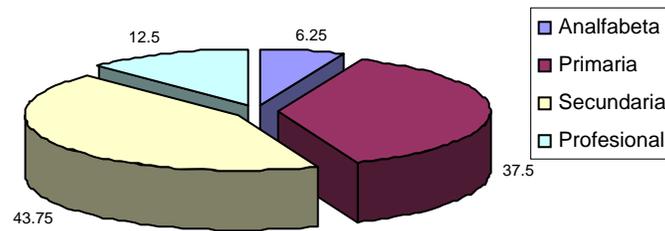
Fuente: Cuadro 4

Cuadro 5. Escolaridad de las madres de preescolares de los jardines de niños con trastorno de déficit de atención de Luis Moya, Zac. 2007

| ESCOLARIDAD | % | n |
|-------------|-------|----|
| Analfabeta | 6.25 | 1 |
| Primaria | 37.5 | 6 |
| Secundaria | 43.75 | 7 |
| Profesional | 12.5 | 2 |
| Total | 100.0 | 16 |

Fuente: Cédula de recolección de datos

Gráfica 5. Escolaridad de las madres de preescolares de los jardines de niños con trastorno de déficit de atención de Luis Moya, Zac. 2007

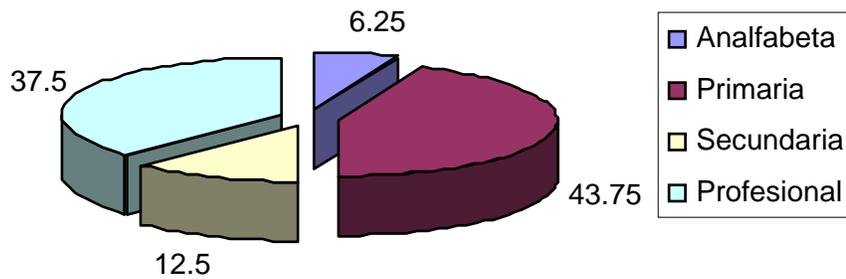


Fuente: Cuadro 5

| Cuadro 6. Escolaridad de los padres de preescolares de los jardines de niños con trastorno de déficit de atención de Luís Moya, Zac. 2007 | | |
|--|----------|----------|
| ESCOLARIDAD | % | n |
| Analfabeta | 6.25 | 1 |
| Primaria | 43.75 | 7 |
| Secundaria | 12.5 | 2 |
| Profesional | 37.5 | 6 |
| Total | 100.0 | 16 |

Fuente: Cédula de recolección de datos

Gráfica 6. Escolaridad de los padres de preescolares de los jardines de niños con trastorno de déficit de atención de Luis Moya, Zac. 2007

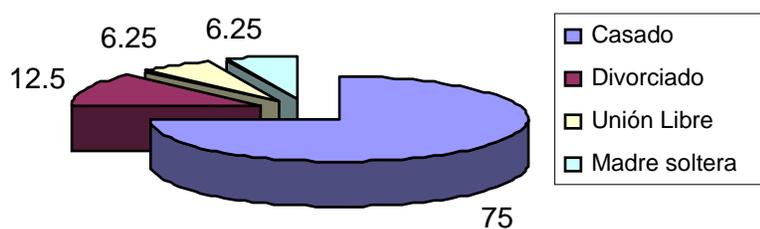


Fuente: Cuadro 6

| Cuadro 7. Estado Civil de los padres de preescolares de los jardines de niños con trastorno de déficit de atención de Luís Moya, Zac. 2007 | | |
|---|----------|----------|
| EDO CIVIL | % | n |
| Casado | 75 | 12 |
| Divorciado | 12.5 | 2 |
| Unión Libre | 6.25 | 1 |
| Madre soltera | 6.25 | 1 |
| Total | 100.0 | 16 |

Fuente: Cedula de Recolección de datos

Gráfica 7. Estado Civil de los padres de preescolares de los jardines de niños con trastorno de déficit de atención de Luis Moya, Zac. 2007



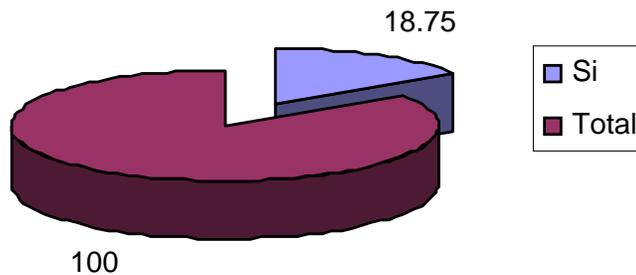
Fuente: Cuadro 7

Cuadro 8. Consumo de medicamentos en etapa prenatal por las madres de preescolares de los jardines de niños con trastorno de déficit de atención de Luis Moya, Zac. 2007

| TX PRENATAL | % | n |
|--------------|-------|---|
| Si | 18.75 | 3 |
| Total | 100.0 | 3 |

Fuente: Cédula de recolección de datos

Gráfica 8. Consumo de medicamentos en etapa prenatal por las madres de preescolares de los jardines de niños con trastorno de déficit de atención de Luis Moya, Zac. 2007

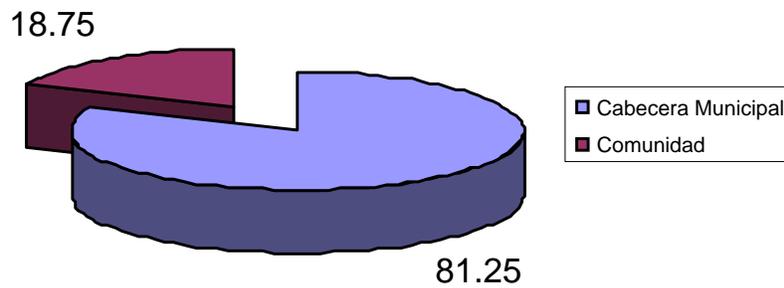


Fuente: Cuadro 8

| Cuadro 9. Lugar de Residencia de las familias de preescolares de los jardines de niños con trastorno de déficit de atención de Luis Moya, Zac. 2007 | | |
|--|--------------|-----------|
| LUGAR DE RESIDENCIA | % | n |
| Cabecera Municipal | 81.25 | 13 |
| Comunidad | 18.75 | 3 |
| Total | 100.0 | 16 |

Fuente: Cedula de recolección de datos

Gráfica 9. Lugar de Residencia de las familias de preescolares de los jardines de niños con trastorno de déficit de atención de Luis Moya, Zac. 2007

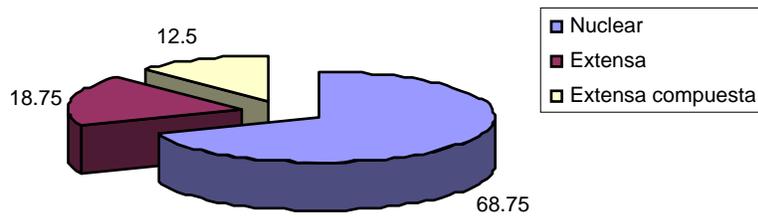


Fuente: Cuadro 9

| Cuadro 10. Estructura familiar de preescolares de los jardines de niños con trastorno de déficit de atención de Luis Moya, Zac. 2007 | | |
|---|--------------|-----------|
| ESTRUCTURA FAMILIAR | % | n |
| Nuclear | 68.75 | 11 |
| Extensa | 18.75 | 3 |
| Extensa compuesta | 12.5 | 2 |
| Total | 100.0 | 16 |

Fuente: Cédula de recolección de datos

Gráfica 10. Estructura familiar de preescolares de los jardines de niños con trastorno de déficit de atención de Luis Moya, Zac. 207

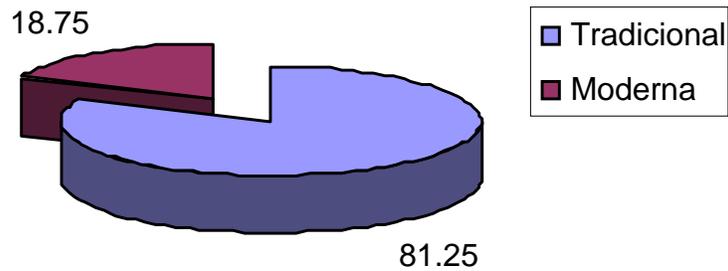


Fuente: Cuadro 10

| Cuadro 11. Familia según desarrollo de preescolares de los jardines de niños con trastorno de déficit de atención de Luis Moya, Zac. 2007 | | |
|--|--------------|-----------|
| FAMILIA SEGÚN DESARROLLO | % | n |
| Tradicional | 81.25 | 13 |
| Moderna | 18.75 | 3 |
| Total | 100.0 | 16 |

Fuente: Cedula de recolección de datos

Gráfica 11. Familia según desarrollo de preescolares de los jardines de niños con trastorno de déficit de atención de Luis Moya, Zac. 2007



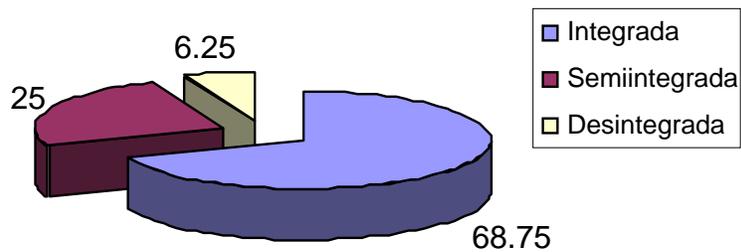
Fuente: Cuadro 11

Cuadro 12. Familia según su integración de preescolares de los jardines de niños con trastorno de déficit de atención de Luis Moya, Zac. 2007

| INTEGRACION FAMILIAR | % | n |
|----------------------|--------------|-----------|
| Integrada | 68.75 | 11 |
| Semiintegrada | 25 | 4 |
| Desintegrada | 6.25 | 1 |
| Total | 100.0 | 16 |

Fuente: Cédula de recolección de datos

Gráfica 12. Familia según su integración de preescolares de los jardines de niños con trastorno de déficit de atención de Luis Moya, Zac. 2007

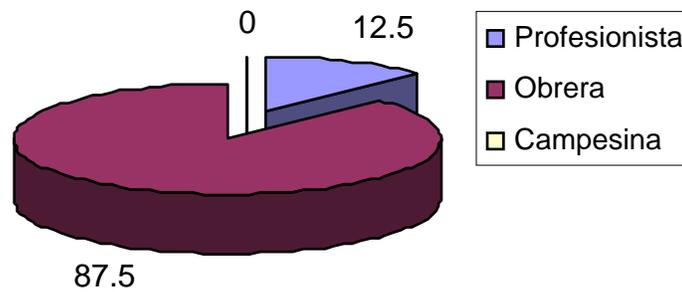


Fuente: Cuadro 12

| Cuadro 13. Ocupación de las Familias de preescolares de los jardines de niños con trastorno de déficit de atención de Luís Moya, Zac. 2007 | | |
|---|--------------|-----------|
| OCUPACION | % | n |
| Profesionista | 12.5 | 2 |
| Obrera | 87.5 | 14 |
| Campesina | 0 | 0 |
| Total | 100.0 | 16 |

Fuente: Cédula de recolección de datos

Gráfica 13. Ocupación de las Familias de preescolares de los jardines de niños con trastorno de déficit de atención de Luis Moya, Zac. 2007



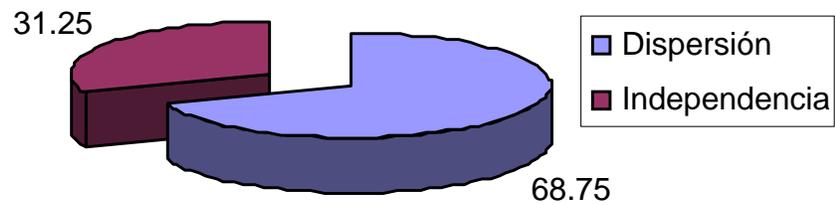
Fuente: Cuadro 13

Cuadro 14. Etapa del ciclo vital de las familias de preescolares de los jardines de niños con trastorno de déficit de atención de Luís Moya, Zac. 2007

| CICLO VITAL FAM | % | n |
|-----------------|-------|----|
| Dispersión | 68.75 | 11 |
| Independencia | 31.25 | 5 |
| Total | 100.0 | 16 |

Fuente: Cédula de recolección de datos

Gráfica 14. Etapa del ciclo vital de las familias de preescolares de los jardines de niños con trastorno de déficit de atención de Luis Moya, Zac. 2007



Fuente: Cuadro 14

12. DISCUSIÓN

En nuestro estudio se comprueba la alta prevalencia (21.9%) de TDAH en el municipio de Luís Moya, Zac, a comparación de la reportada a nivel mundial (3 a 5%), y de otros países, como lo reporta Hernández K ⁷, con algunos datos se coincide como: que es más frecuente en el sexo masculino según lo reportado por Ramos y González ¹, lo mismo que Rivera, Martínez y Ortiz ¹². Que su etiología es multifactorial lo que sugiere la presencia de un factor genético importante. Que la tipología familiar no influye en el desarrollo de esta patología, lo mismo que los factores prenatales ². También se corrobora que al aplicar las encuestas tanto al padre como a la madre coinciden con el comportamiento de sus hijos. Y al conjuntarlas con las encuestas de los maestros nos damos cuenta que ambos conocen bien tanto a hijos como a alumnos.

En el Estado de Zacatecas como ya se menciono no se tienen reportadas cifras exactas de prevalencia, se acudió personalmente a la Secretaría de Educación y Cultura (SEC) a varios jardines de niños para pedir información sobre métodos diagnósticos hacia los alumnos de los jardines de niños ignorando por completo la existencia de estos cuestionarios. Por lo cual me parece muy importante dar a conocer a directivos y a maestros estos cuestionarios para que los apliquen a cada uno de los niños que ingresen al jardín de niños para así diagnosticar y dar tratamiento en forma oportuna.

13.- CONCLUSIONES

Al termino de este estudio nos queda claro que el TDAH constituye un problema de salud importante ya que su prevalencia va en aumento a nivel mundial, y que es importante practicar a todo niño desde la edad preescolar diversos métodos diagnósticos para ayudarles a ser buenos estudiantes, evitando así castigos o expulsiones injustificadas por falta de conocimiento de los profesores sobre esta patología, ya que la mayoría de estos niños se consideran traviosos, mal educados o desastrosos más no como niños que presentan TDAH. En el municipio de Luís Moya, Zac se encontró una prevalencia del 21.9% (que es muy superior a la media nacional (3 a 5%) y a la registrada en otros países. Además se considera necesario que en este tipo de trastorno los padres de familia deben de estar más involucrados en conocimiento para identificar la alteración y buscar ayuda multidisciplinaria para su hijo. También se requiere que la familia esté unida, que le brinde amor y comprensión a su hijo antes y después de ser detectado el trastorno.

En la educación se les pide a todos los profesores de los distintos niveles como preescolar, primaria, secundaria ayuden a identificar a niños con este trastorno, y en conjunto con los padres brinden apoyo y derivación oportuna a quien lo requiera.

Y que es necesidad urgente dar a conocer métodos diagnósticos para la identificación oportuna de este trastorno tanto a directivos y maestros de los jardines de niños, así como a los padres de familia de mi comunidad, y de mi estado; e implementar a nivel municipal, estatal, nacional y mundial que a todos los niños que ingresen a los jardines de niños y a las escuelas primarias se les apliquen estos cuestionarios para que no tengan problemas en un futuro.

14. ANEXOS



ANEXO 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ZACATECAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 29 LUIS MOYA ZACATECAS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado, registrado ante el Comité Local de Investigación en salud, del Hospital General de Zona # 1 del IMSS en Zacatecas, Zacatecas.

El objetivo del estudio es conocer la tipología familiar y trastorno de déficit de atención en edad preescolar del municipio de Luís Moya Zacatecas

Se me ha explicado que mi participación consistirá en dar respuesta a la cedula de recolección de datos, al cuestionario DSM-IV aceptar que mi hijo entre al estudio comprometiéndome a responder en forma verídica a las preguntas que se me realizan.

Declaro que se me ha informado que no existen riesgos derivados de mi participación en el estudio y con el beneficio de brindar un mejor servicio en salud.

Entiendo que conservo el derecho de retirar a mi hijo del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el instituto.

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se identificará a mi hijo en las presentaciones y publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con la privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Dra. Patricia Martínez Muñoz
Matricula IMSS 11328029

Para cualquier duda o pregunta comunicarse al teléfono 014589870383 de las 08:00 a las 16:00 hrs. de lunes a viernes con la Dra. Patricia Martínez Muñoz



ANEXO 2
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
(Para padres de familia)
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ZACATECAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 29
LUIS MOYA ZACATECAS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Fecha _____

Folio _____

1. NOMBRE: _____

2. DOMICILIO: _____

3. EDAD: _____

4. SEXO: Masculino Femenino

5. ESCOLARIDAD (del niño) Primer año Segundo año Tercer año

6. ESCOLARIDAD (de la madre) analfabeta primaria secundaria
profesional
(del padre) analfabeta primaria secundaria
profesional

7. ESTADO CIVIL: Casado Divorciado Unión Libre Madre Soltera

8. ANTECEDENTES PRENATALES: Hipertensión Arterial: si no
Tratamiento con fármacos: si no
Tabaquismo: si no
Alcoholismo: si no

9. LUGAR DE RESIDENCIA: Cabecera municipal Comunidad

10. ESTRUCTURA: Nuclear Extensa Extensa Compuesta

11. DESARROLLO: Tradicional Moderna

12. INTEGRACIÓN: Integrada Semiintegrada Desintegrada

13. OCUPACIÓN: Profesionista Obrero Campesina

14. CICLO VITAL DE LA FAMILIA: Extensión Dispersión Independencia



ANEXO 3

LISTA DE CHEQUEO DEL DSM-IV

NOMBRE DEL NIÑO: _____ EDAD: _____
 SEXO _____ GRADO ESCOLAR _____ FECHA _____
 CONTESTADO POR: PADRE _____ MADRE _____
 TUTOR _____ OTRO _____

| | SI | NO | DESCRIPCIÓN |
|-----|-------|-------|--|
| 1. | _____ | _____ | A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades. |
| 2. | _____ | _____ | A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas. |
| 3. | _____ | _____ | A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente. |
| 4. | _____ | _____ | A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones). |
| 5. | _____ | _____ | A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades. |
| 6. | _____ | _____ | A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos domésticos) |
| 7. | _____ | _____ | A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (ej. Juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas). |
| 8. | _____ | _____ | A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes. |
| 9. | _____ | _____ | A menudo es descuidado en las actividades diarias. |
| 10. | _____ | _____ | A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento |
| 11. | _____ | _____ | A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado |
| 12. | _____ | _____ | A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud |
| | SI | NO | DESCRIPCIÓN |
| 13. | _____ | _____ | A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio |
| 14. | _____ | _____ | A menudo “esta en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor |
| 15. | _____ | _____ | A menudo habla en exceso |
| 16. | _____ | _____ | A menudo precipita respuestas antes de haber sido complementadas las preguntas |
| 17. | _____ | _____ | A menudo tiene dificultades para guardar turno |
| 18. | _____ | _____ | A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (ej. Se entromete en conversaciones o en juegos) |



ANEXO 4

ACTERS



NOMBRE DEL NIÑO _____ FECHA _____

EVALUADOR _____

A continuación se encuentran algunas descripciones de conducta. Por favor léalas con cuidado y compare la conducta del niño con la de sus compañeros de clase. Encierre en un círculo el número que mejor se aproxime al resultado de su evaluación.

ATENCIÓN:

| | Casi nunca | | | Casi siempre | |
|---|------------|---|---|--------------|---|
| 1. Trabaja bien de manera independiente.... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Persiste haciendo una tarea durante un tiempo razonable..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Termina sus tareas de manera satisfactoria Con poca ayuda..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Sigue con precisión instrucciones sencillas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Sigue una secuencia o serie de instrucciones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Se desempeña bien en el salón de clase.... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| TOTAL DEL 1 – 6 _____ | | | | | |

HIPERACTIVIDAD:

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 7. Extremadamente activo (fuera de su lugar De un lado a otro..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Reacciona exageradamente..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Inquieto (las manos siempre activas)..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Impulsivo (actúa siempre sin pensar)..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Intranquilo (se retuerce en su asiento)..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| TOTAL DEL 7- 11 _____ | | | | | |

HABILIDADES SOCIALES:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 12. Se comporta positivamente con sus Compañeros..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Comunicación verbal clara y coherente... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Acata las normas del grupo y las reglas Sociales..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Cuando critica menciona una regla General (“no deberíamos hacer esto”)..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Es hábil para hacer nuevos amigos..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Aborda las situaciones con seguridad..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| TOTAL DEL 12 – 18 _____ | | | | | |

POSICIÓN:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 18. Trata de causar problemas a los demás..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Inicia una pelea sin existir ningún motivo... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Se burla de los demás..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Desafía a las autoridades..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Molesta a los demás..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Es malo y cruel con otros niños..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| TOTAL DEL 19 – 23 _____ | | | | | |

15. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Ramos V. González S. Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad BOL PEDIATR2007;47: 116-124
- ² González J. Fernández S. Pérez E. Pereña J. Santamaría P. Adaptación española del Basc, una prueba diseñada para déficit de atención con hiperactividad en el colegio. Congreso internacional de Neuropsicología en internet2007
- ³ Compains B. Álvarez M. Royo J. El niño con trastorno por déficit de atención-hiperactividad (TDA-H) Abordaje terapéutico ANALES Sis San Navarra 2002;25 (supl.2): 93-108
- ⁴ Cardo E. Servera M. Prevalencia del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. Rev de Neurol 2005; 40 (supl 1): S11-S1
- ⁵ Fernández M. López M. Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad; Manejo pediátrico. Bol Pediatr 2006; 46: 249-257
- ⁶ Álvarez J. Crespo N. Trastornos de Aprendizaje en Pediatría de Atención Primaria. IV Jornada de Actualización en Pediatría
- ⁷ Hernández K. Gaceta Parlamentaria, Año VIII, nov 2005
- ⁸ Castillo M. Los Trastornos en el Aprendizaje. www.espaciologopedico.com julio 2007
- ⁹ Herreros O. Sánchez F. Ajoy M. Gracia R. Evaluación de niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad/trastornos hiperkinéticos (TDAH). Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2003; 19 (4): 199-214
- ¹⁰ Pineda D. Lopera F. Palacio J. Castellanos F. Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. Rev Neurol 2003; 32 (3): 217-222
- ¹¹ Herrera G. Prevalencia del déficit atencional con hiperactividad en niños y niñas de 3 a 5 años de la ciudad de Chillán Chile. Teoría, Vol 14 (2): 45-55, 2005
- ¹² Rivera L. Martínez H. Ortiz A. Ramírez A. Puente C. Rodríguez I. Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en niños de edad preescolar en San Luís Potosí Rev Mex Neuroci 2004; 5 (5): 462-468
- ¹³ Almeida L. Alteraciones anatómico-funcionales en el trastorno por déficit de la atención con hiperactividad. Salud Ment 2005; 28 (3): 1-12
- ¹⁴ Cardo E. Servera M. Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Rev Neurol 2005; 40 (supl): S11-S15

¹⁵ Ochoa M. Ortega H. Valencia F. Cortés F. Gutiérrez M. Galicia J. Soriano A. Perfusión sanguínea cerebral mediante SPECT en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Neurol Neurocir Psiquiat* 2004; XXXVII (4): 145-155

¹⁶ Nava G. Carvajal M. IMOVO ¿Que es el Déficit de atención? Temas de interés abril 2008

¹⁷ Acuña A. Chimal I. Oliva A. Aguayo G. Análisis del ambiente familiar en niños con trastornos de aprendizaje. *Rev Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 2004; 37 (1): Ene-Mzo: 6-13

¹⁸ Souza M. Guisa V. Barriga L. TDAH y su comorbilidad adictiva. *Rev Mex Neuroci* 2005; 6 (3): 227-244

¹⁹ Caraveo J. El Trastorno por Déficit de Atención e hiperactividad. Banco de datos <http://anuario.upn.mx>

²⁰ Fernández M. López M. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad: manejo pediátrico. *Bol Pediatr* 2006; 46: 249-257

²¹ Niños con TDAH piden respeto a sus derechos UNICEF www.lilly.com.mx.